tom 8, nr 2, 64–78

ISSN 1732–9841

Agnieszka Popiel
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

Zaburzenie osobowości z pogranicza — wyzwanie terapeutyczne

Borderline personality disorder — therapeutic challenge

Artykuł opracowany z ramach Programu PL0088 Mechanizmu Finansowego Islandii, Liechtensteinu i Norwegii oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Abstract
Treatment of borderline personality disorder frequently leads to hopelessness and helplessness attitudes in therapists. BPD patients are among most frequently hospitalized due to impulsivity and suicidal attempts (with a risk of committed suicide of 10%), but frequent hospitalizations do not lead to positive outcomes. Research on effectiveness of psycho- and pharmacotherapy so far have not led to clear results reflected in treatment algorithms. There is, however, the area of research that shows that effective treatments for BPD have been developed and might be disseminated after more solid empirical support is available.
The paper presents an overview of state of art research on diagnosis, ethiology and treatment of borderline personality disorder.
Psychiatry 2011; 8, 2: 64–78

key words: *borderline personality disorder, diagnosis, treatment, cognitive-behavioural therapy, psychodynamic therapy, effectiveness, treatment algorithms*

Wstęp

Zaburzenie osobowości z pogranicza wiąże się z ogromnym cierpieniem i wieloletnim złym funkcjonowaniem osób doświadczających go, ale także — jak każda dolegliwość tej rangi — całego systemu rodzinnego. Jest częstą przyczyną bezradności lekarzy i psychoterapeutów. Badania prowadzone w ostatnich latach koncentrowały się na analizie czynników mogących sprzyjać kształtowaniu się osobowości z pogranicza, ocenie przebiegu tego zaburzenia, a przede wszystkim skuteczności metod leczenia.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Agnieszka Popiel
Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania UW
ul. Stawki 5/7, pok. 12, 00–183 Warszawa
tel.: 509 127 858, faks: (22) 831 62 32
e-mail: agnieszka.popiel@gmail.com

Zaburzenie osobowości z pogranicza — charakterystyka kliniczna

Sformułowanie *borderline* („z pogranicza”) w odniesieniu do zaburzenia osobowości pojawiło się w psychopatologii na początku XX wieku dla określenia osób, których sposób funkcjonowania wskazywał na istnienie dolegliwości psychicznych, jednak obowiązujący wówczas w psychopatologii podział na zaburzenia psychotyczne i nerwicowe nie wystarczał do opisu tego rodzaju zaburzeń. Zgłaszające się do terapeuty osoby prezentowały często problemy wiążące się z dużą wrażliwością emocjonalną, doświadczaniem niezrozumiałego dla nich i trudno poddającego się kontroli wzbudzenia wegetatywnego, okresów niepokoju i smutku, czyli opisywały funkcjonowanie typowe dla „neurotyków”, jak wówczas określano osoby z zaburzeniami lękowymi. Zarówno pod-

czas samej terapii, jak i w innych sytuacjach życiowych zachowywały się często w sposób nietypowy dla osób neurotycznych, odzwierciedlający specyficzne postrzeganie rzeczywistości przez pryzmat poczucia skrzywdzenia, podejrzliwości. Wyrazem tego bywały przejściowe objawy — nastawienia, krótkotrwałe epizody urojeniowe, tendencje do samouszkodzeń, zachowań ryzykownych i impulsywnych prób samobójczych — które skłaniałyby klinicystę do zaliczenia ich do grupy zaburzeń psychotycznych (*borderline schizophrenia*, schizofrenia pseudonerwicowa). Jednak sam przebieg dolegliwości, emocjonalność pacjentów, na którą składają się duża intensywność reakcji emocjonalnych (silne wyrażanie głównie smutku i złości), a także trudność z wyhamowaniem raz wzbudzonej emocji, dotkliwe odczucia pustki z częstymi kryzysami tożsamości oraz sposób wchodzenia w relacje z innymi, sugerowałyby bliskość zaburzeniom nerwicowym. Pojęcie „osobowość z pogranicza", odwołujące się do koncepcji psychoanalitycznej (jako organizacja struktury osobowości) czy do psychopatologii opisowej (jako zespół cech osobowości stanowiących bardzo różnorodną mieszaninę cech neurotycznych i psychotycznych), dobrze oddają inne, bardziej współczesne sformułowania, takie jak chociażby spopularyzowane przez amerykańskiego psychiatrę Hagopa Akiskala określenie „stabilna niestabilność". Również z punktu widzenia psychopatologii rozwojowej mamy do czynienia z „pograniczem". Objawy wymykają się użytecznemu klinicznie podziałowi na zaburzenia eksternalizacyjne i internalizacyjne, bowiem młodzi ludzie prezentują objawy z obu stron: eksternalizacyjną impulsywność, a zarazem internalizacyjną tendencję do wahań nastroju. Odróżnia to młode osoby cierpiące na osobowość z pogranicza zarówno od pacjentów o osobowości antyspołecznej (mieszczącej się w czysto eksternalizacyjnej grupie problemów, takich jak impulsywność czy zaburzenia zachowania), jak i od osób przejawiających zaburzenia internalizacyjne — lękowe czy depresyjne.

Uwzględniając rozbieżności w wynikach badań epidemiologicznych, można stwierdzić, że zaburzenie osobowości z pogranicza występuje u około 1–2% populacji, lecz już wśród pacjentów korzystających z opieki ambulatoryjnej stanowi 10–15%, a wśród osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych 30–60% [1]. Dwie trzecie osób z tym zaburzeniem to kobiety. Gabbard sugeruje, że umowna reguła klinicystów „20:80" stosuje się zwłaszcza do pacjentów z osobowością z pogranicza (20 procent pacjentów pochłania 80 czasu, zasobów poznawczych i emocjonalnych terapeuty) [2]. Warto zauważyć, że typowe dla osobowości z pogranicza cechy są charakterystyczne dla czasów, w których żyjemy. W przeciwieństwie do schizofrenii czy depresji ani postacie biblijne, ani szekspirowskie nie wykazują cech charakteryzujących osobowości z pogranicza, a pierwsze opisy tego typu zachowań sięgają XIX wieku.

Rozpoznawanie

Kryteria diagnostyczne obu systemów klasyfikacyjnych różnią się na tyle, że mogłoby to być przyczyną rozbieżnych danych epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia osobowości z pogranicza.

Według International *Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) zaburzenie osobowości z pogranicza jest podtypem osobowości chwiejnej emocjonalnie, której temperamentalny trzon stanowi osobowość impulsywna, a dodatkowe cechy (dwie spośród pięciu) mogą skłaniać do rozpoznania osobowości z pogranicza [3].

W *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text revision* (DSM-IV-TR) nie wyodrębnia się osobowości impulsywnej, do rozpoznania osobowości z pogranicza wymagane jest spełnienie 5 z 9 kryteriów diagnostycznych, impulsywność nie musi więc dominować w obrazie klinicznym. W klasyfikacji tej występuje kryterium dziewiąte, którego nie ma w ICD-10. Brzmi ono: „Przemijające objawy paranoidalne lub poważne objawy dysocjacyjne jako reakcja na stres" [1]. Brak zaliczenia tego kryterium do specyficznych dla osobowości z pogranicza objawów może skutkować nadmiernie częstym rozpoznawaniem zaburzeń psychotycznych u osób z osobowością z pogranicza (tab. 1).

Sama refleksja kombinatoryczna wskazuje na wielką różnorodność obrazu klinicznego osobowości z pogranicza (126 kombinacji objawów). Różnorodność ta wiąże się jednocześnie z trudnościami diagnostycznymi.

Innym sposobem klasyfikowania problemów zgłaszanych przez osoby z osobowością z pogranicza jest pogrupowanie objawów zaburzenia w domeny odzwierciedlające obszary trudności w funkcjonowaniu. Wobec wątpliwości dotyczących występowania zaburzenia osobowości z pogranicza jako odrębnej jednostki nozologicznej przeprowadzono badania, których wyniki potwierdziły istnienie trzech skorelowanych wzajemnie głównych czynników: zaburzeń w relacjach interpersonalnych, dysregulacji emocjonalnej i dysregulacji behawioralnej [4].

Robocza grupa ekspertów powołana w celu weryfikacji istniejących i opracowania nowych kryteriów

Tabela 1. Porównanie kryteriów rozpoznawania zaburzenia osobowości z pogranicza według ICD-10 i DSM-IV-TR (przedruk z [16] za zgodą Wydawcy)

Table 1. *Comparison of diagnosing criteria of borderline personality disorder according to ICD-10 and DSM-IV-TR (reprinted with permission of [16])*

ICD-10 OSOBOWOŚĆ CHWIEJNA EMOCJONALNIE	DSM-IV-TR ZABURZENIE OSOBOWOŚCI Z POGRANICZA
Typ impulsywny A. Spełnione ogólne kryteria zaburzeń osobowości (F60) B. Występują co najmniej trzy z następujących, (przy czym jednym z nich jest 2): 1. wyraźna skłonność do impulsywnych działań bez uwzględniania ich konsekwencji 2. wyraźna skłonność do kłótliwego zachowania i do konfliktów z innymi, w szczególności gdy impulsywne działania są udaremniane lub krytykowane 3. łatwość wybuchania gniewem lub przemocą, z niezdolnością do panowania nad gwałtownymi zachowaniami 4. trudność podtrzymania działań, które nie wiążą się z natychmiastową nagrodą 5. nastrój niestabilny i kapryśny **Typ z pogranicza** Występują co najmniej trzy objawy z kryterium B dla typu impulsywnego oraz, dodatkowo, co najmniej dwa z następujących: 1. niejasny lub zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym również seksualnych); 2. skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, często prowadzące do kryzysów emocjonalnych 3. usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia 4. powtarzające się groźby lub działania samouszkadzające 5. stałe uczucie pustki wewnętrznej	Utrwalony wzorzec niestabilności relacji interpersonalnych, obrazu „ja" i emocji oraz znacznej impulsywności, który pojawia się we wczesnej dorosłości i ujawnia w różnych kontekstach, na co wskazuje co najmniej pięć z poniższych kryteriów: 1. gorączkowe próby uniknięcia opuszczenia — rzeczywistego lub wyimaginowanego. Uwaga: nie uwzględniać zachowań samobójczych i samookaleczeń, o których mowa w kryterium 5 2. wzorzec niestabilnych i intensywnych relacji interpersonalnych, który cechuje na przemian skrajne idealizowanie i dewaluowanie innych; 3. zaburzenie tożsamości: znaczący i trwały brak stabilności obrazu lub poczucia „ja" 4. impulsywność w co najmniej dwóch potencjalnie szkodliwych dla jednostki obszarach aktywności (np. wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji psychoaktywnych, nieostrożna jazda, napady obżarstwa). Uwaga: nie uwzględniać zachowań samobójczych i samookaleczeń, o których mowa w kryterium 5 5. powtarzające się zachowania, gesty lub groźby samobójcze bądź samookaleczenia 6. niestabilność emocjonalna spowodowana silną reaktywnością nastroju (np. silne stany dysforyczne, drażliwość lub lęk, trwające zwykle kilka godzin, rzadko dłużej niż kilka dni) 7. utrzymujące się poczucie pustki 8. nieadekwatna silna złość lub trudności z jej opanowaniem (np. częste wybuchy złości, stałe odczuwanie złości, wielokrotne bójki) 9. przemijające objawy paranoidalne lub poważne objawy dysocjacyjne jako reakcja na stres

diagnostycznych w mającej się ukazać w 2012 roku klasyfikacji DSM-V proponuje „rewolucję" w sposobie diagnozowania zaburzeń osobowości, która ma dotyczyć również osobowości z pogranicza. Wstępne propozycje dotyczą połączenia klasyfikacji typologicznej i wymiarowej. **Typ osobowości z pogranicza** (nie: zaburzenie) określany byłby na podstawie oceny klinicysty, w jakim stopniu (skala 5-stopniowa) wyodrębnione dla osobowości z pogranicza **cechy** oddają funkcjonowanie badanej osoby. Cechy pogrupowane byłyby w cztery obszary: negatywnej emocjonalności (labilność emocjonalna, depresyjność, niska samoocena, lęk przed separacją, samouszkodzenia, lękowość), antagonizmu (wrogość, agresywne zachowania), rozhamowania (impulsywność), schizotymii (gotowość do dysocjacji) [5].

Celem zmian w DSM-V jest uwzględnienie i ograniczenie problemów wynikających ze stosowania arbitralnie uznanych kryteriów DSM związanych z częstym współwystępowaniem wielu zaburzeń osobowości, niestabilnością kryteriów diagnostycznych dla wielu dotychczas wyodrębnianych zaburzeń.

Diagnostyka różnicowa i współwystępowanie zaburzeń

Do czasu dopracowania kryteriów DSM-V diagnostyka odbywa się w ramach obowiązujących systemów klasyfikacyjnych. Obszary diagnostyki różnicowej dotyczą przede wszystkim odpowiedzi na pytanie, czy — myśląc według systemu DSM-IV — mamy do czynienia z zaburzeniem osobowości z pogranicza na osi II, a dodatkowo występuje rozpoznanie zaburzenia na osi I, czy też występujące u pacjenta problemy dają się wyjaśnić wyłącznie diagnozą zaburzenia na osi I.

Diagnostyka różnicowa dotyczy całego spektrum zaburzeń psychicznych. W wielu przypadkach decydujące (ale i najtrudniejsze) jest rozstrzygnięcie pierwotności pewnych objawów wobec innych. Na przykład samouszkodzenia i nadużywanie substancji psychoaktywnych mogą być rozumiane jako strategia radzenia sobie z negatywnymi emocjami, których intensywność dominuje w osobowości z pogranicza. Ze względu na długotrwały przebieg, obejmujący wiele aspektów funkcjonowania, współwystępowanie osobowości z pogranicza oraz innych zaburzeń należy uznać raczej za zjawisko typowe niż za wyjątek [4].

Istnieje wiele modeli wyjaśniających współwystępowanie zaburzeń psychicznych — począwszy od artefaktu, wynikającego z niedoskonałości kryteriów diagnostycznych, poprzez modele: podatności (uwrażliwienia, np. zaburzenie osobowości z pogranicza uwrażliwia na wystąpienie depresji), ciągłości (np. zaburzenie osobowości z pogranicza może być subklinicznym przejawem wolno rozwijających się zaburzeń afektywnych), komplikacji (np. zaburzenie osobowości z pogranicza może być konsekwencją depresji w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym), wspólnego trzeciego czynnika (np. zarówno w etiologii zaburzenia stresowego pourazowego, schizofrenii, jak i osobowości z pogranicza można zaobserwować doświadczenie przemocy w dzieciństwie) czy też model spektrum, gdzie oba zaburzenia mogą być wyrazem podobnej podatności genetycznej lub biologicznej [4, 6]. W wielu zaburzeniach można doszukać się wspólnego podłoża etiologicznego.

Na podobieństwo zaburzenia osobowości z pogranicza do schizofrenii i zaburzeń z kręgu schizofrenii mogą wskazywać: podejrzliwość, przejściowe objawy paranoidalne, objawy dysocjacyjne, samouszkodzenia. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić: ograniczenie w czasie objawów quasi-urojeniowych, lepsze ogólne funkcjonowanie, „żywą” emocjonalność — brak objawów negatywnych w osobowości z pogranicza.

Wspólne dla zaburzeń afektywnych i osobowości z pogranicza będą intensywne wahania nastroju i myśli samobójcze. Różnice dotyczą czasu utrzymywania się zmian nastroju — w osobowości z pogranicza zmienność dotyczy często godzin lub kilku dni, w zaburzeniach nastroju kryterium minimalnego czasu utrzymywania się objawów to 2 tygodnie dla depresji i minimum tydzień dla manii. W zaburzeniach nastroju pacjenci skarżą się na smutek, przygnębienie i/lub anhedonię, natomiast wyrażana wprost skarga na dotkliwe uczucie „pustki” charakteryzuje osobowość z pogranicza. Niektórzy autorzy postulowali uznanie osobowości z pogranicza za podtyp zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, zwłaszcza typu „o szybkiej zmianie faz”. Argumentem przeciwko włączaniu osobowości z pogranicza do zaburzeń nastroju jest między innymi reakcja na farmakoterapię — intuicyjnie logiczne stosowanie stabilizatorów nastroju nie przyniosło oczekiwanych, równie wyrazistych jak w zaburzeniach nastroju efektów terapeutycznych.

Dwie trzecie osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza spełnia również kryteria nadużywania substancji psychoaktywnych. Osoby z zaburzeniem osobowości częściej rozpoczynają przyjmowanie substancji w młodym wieku i uzależnienie charakteryzuje się u nich cięższym przebiegiem. Warto wspomnieć o popularnym, choć nieznajdującym odzwierciedlenia w systemach klasyfikacyjnych konstrukcie: dorosłych dzieciach alkoholików (DDA). Wiele cech osobowości z pogranicza uważanych jest przez terapeutów uzależnień za cechy charakteryzujące DDA.

Współwystępowanie osobowości z pogranicza z zaburzeniami lękowymi dotyczy szczególnie zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD, *post traumatic stress disorder*). Wiele objawów PTSD występuje również w osobowości z pogranicza — objawy dysocjacyjne, uczucie odrętwienia i pustki, wybuchy złości. Trauma, która z definicji jest warunkiem *sine qua non* rozpoznania PTSD, zajmuje też znaczące miejsce w etiologii zaburzenia osobowości z pogranicza, a praca z traumą jest elementem większości terapii tego zaburzenia osobowości. Istnieją zwolennicy poglądu, że zaburzenie osobowości z pogranicza stanowi jedynie odmianę PTSD powstałą w reakcji na

specyficzny rodzaj wydarzeń traumatycznych — długotrwałe nadużycia, zwykle w dzieciństwie, głównie w sferze seksualnej, dokonywane przez sprawców z kręgu rodzinnego ofiary. W latach 90. XX wieku toczyła się żywa dyskusja na temat wprowadzenia odrębnej kategorii diagnostycznej — *complex PTSD*. Postulowane kryteria diagnostyczne nakładały się na opis osobowości z pogranicza. Był to argument, który zgodnie z zasadą brzytwy Ockhama, przeważył o niewprowadzaniu odrębnej kategorii diagnostycznej *complex PTSD* do DSM-IV, a potem do DSM-IV-TR. Jak bowiem stwierdzono na podstawie wyników badań, większość osób, o których można byłoby myśleć w kategoriach *complex PTSD*, spełniała kryteria jednego lub obu istniejących już zaburzeń — PTSD i/lub zaburzenia osobowości z pogranicza [7].

Jak podkreśla Parris, częstość doświadczeń traumatycznych stwierdzana u osób z osobowością z pogranicza nie wystarcza do uznania ich za przyczynę zaburzenia [2]. Obserwacje klinicystów nie uwzględniają bowiem osób, które pomimo doświadczeń traumatycznych w dzieciństwie nie wykazują zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym. A zjawisko to występuje u 80% osób, które doświadczyły urazu, czyli odporność psychiczna — rezyliencja — jest raczej normą. Co zatem wiadomo o przyczynach powstawania osobowości z pogranicza?

Etiologia

Wobec kosztów ponoszonych przez osoby cierpiące na osobowość z pogranicza i ich bliskich badacze nie ustawali w poszukiwaniach odpowiedzi na pytanie o przyczynę tego zaburzenia. Badano mózg — jego strukturę i funkcjonowanie w zaburzeniu osobowości z pogranicza. Testowano również hipotezy ważne z punktu widzenia koncepcji psychologicznych. Za potencjalnych „sprawców" zaburzenia uznawano uwarunkowania genetyczne, zaburzenia równowagi neurotransmiterów, zaburzenia struktury mózgu, urazy wczesnodziecięce i wreszcie — rodzaj relacji z rodzicami.

Podejrzany nr 1 — geny

Badania rodzin wskazują na zwiększone występowanie zaburzeń psychicznych u krewnych pierwszego stopnia, ale w przypadku osobowości z pogranicza zjawisko to dotyczy raczej pewnych cech, na przykład impulsywności (częściej więc stwierdza się nadużywanie substancji psychoaktywnych lub osobowość antyspołeczną) albo fluktuacji nastroju (rozpoznanie depresji u krewnych osób z osobowością z pogranicza). Poszukiwanie specyficznych genów doprowadziło co prawda do odkrycia częstszego występowania krótkiej wersji genu transportera serotoniny oraz genu monoaminooksydazy A, ale zależności te wyjaśniają zaledwie 1% wariancji [4].

Podejrzany nr 2 — struktura i funkcja mózgu, neuroprzekaźniki

W grupie podejrzanych neuroprzekaźników znalazła się serotonina. Ani badania z zastosowaniem pomiaru stężenia serotoniny w płytkach krwi, ani reakcji na stymulację układu serotoninergicznego czy określenie aktywności serotoninergicznej wybranych obszarów mózgu za pomocą neuroobrazowania (PET, *positron emission tomography*) nie przyniosły rozstrzygających rezultatów. O ile wskazują one na związek aktywności serotoninergicznej z impulsywnością i agresją, o tyle ich wyniki nie pozwalają na bardziej konkretne wnioski, które wyjaśniłyby całą złożoność objawów psychopatologicznych obserwowanych w zaburzeniu osobowości z pogranicza.

Z kolei badania struktury i funkcji mózgu za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI, *functional magnetic resonance imaging*) wskazały na zwiększoną aktywność jądra migdałowatego — struktury odpowiedzialnej za wzniecanie emocji lęku, zaobserwowano także anomalie w funkcjonowaniu odpowiedzialnych za planowanie aktywności obszarów kory czołowo-oczodołowej. Zastosowanie fMRI do badania objętości wybranych struktur mózgu zaowocowało wynikami wskazującymi na zmniejszenie objętości struktur układu limbicznego — jądra migdałowatego i hipokampa, co może odpowiadać za zaburzenia w regulacji stanów emocjonalnych, które łatwo wzbudzane, nie podlegają kontroli [4, 8].

Podejrzany nr 3 — trauma

Jak wcześniej wspomniano, wielu pacjentów z osobowością z pogranicza relacjonuje doświadczenia traumatyczne w dzieciństwie. Można tu jednak zaobserwować tendencyjność poznawczą klinicystów polegającą na nadmiernym uogólnieniu wniosków z praktyki klinicznej. Rozwojowi zaburzeń sprzyja nie samo przeżycie traumy (gdyż, jak wskazują wyniki badań epidemiologicznych — u większości osób doświadczających traumy w dzieciństwie nie rozwijają się zaburzenia psychiczne), ale rodzaj urazu, czas trwania, konsekwencje (jednokrotne nadużycie seksualne przez osobę obcą *v.* wieloletnie zmuszanie dziecka do odbywania stosunków seksualnych przez członka rodziny, „klaps" kilka razy w ciągu całego dzieciństwa *v.* bicie z obrażeniami fizycznymi). Z drugiej strony, doświadczenia traumatyczne występują

także w przeszłości osób cierpiących na inne zaburzenia osobowości oraz zaburzenia z osi I — schizofrenię, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, nie są więc specyficzne dla osobowości z pogranicza. W badaniach Lobbestal i wsp. nad związkiem między negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie a zaburzeniami osobowości stwierdzono, że doświadczenie nadużyć seksualnych istotnie korelowało z kilkoma zaburzeniami osobowości: paranoicznym, schizoidalnym, *borderline* i unikającym, a doświadczenie przemocy fizycznej z osobowością antyspołeczną [9]. Według badań prowadzonych przez Parisa wśród osób z osobowością z pogranicza 1/3 badanych przeżyła ciężkie nadużycia, które również w badaniach populacyjnych sprzyjają złemu funkcjonowaniu, u 1/3 pacjentów wydarzenia traumatyczne w dzieciństwie należały do tej kategorii, która u większości osób nie prowadzi do długotrwałych negatywnych skutków zdrowotnych, a pozostała 1/3 to osoby, u których nie stwierdzano przemocy w dzieciństwie [2].

Podejrzany nr 4 — rodzice

Poza niewątpliwą trafnością stwierdzenia, że za zaproszenie do przyjścia na świat i jego konsekwencje w pełni odpowiedzialni są rodzice, badanie relacji rodzinnych osób z osobowością z pogranicza to również obszar, w którym wyniki badań nie przynoszą jednoznacznego rozstrzygnięcia. Badania nad stylem relacji rodzicielskich są z natury retrospektywne. Analizie podlegają więc wspomnienia odtwarzane przez pryzmat dyskomfortu obecnego w chwili badania — zwłaszcza wtedy, gdy bada się osoby przewlekle cierpiące, można zaobserwować tendencyjność przypominania (*recall bias*). Pacjenci z osobowością z pogranicza relacjonują częstsze zaniedbania ze strony rodziców (styl wychowawczy mierzony kwestionariuszem przywiązania rodziców [PBI, *Parental Bonding Instrument*] — „kontrola bez emocji"), lecz ten rodzaj relacji z rodzicami nie jest specyficzny dla osobowości z pogranicza, występuje także w depresji, schizofrenii czy uzależnieniach [2, 10]. Korelację między doświadczeniem przemocy emocjonalnej w dzieciństwie a zaburzeniami osobowości stwierdzono w przypadku większości zaburzeń osobowości: paranoicznej, schizotypowej, z pogranicza oraz zaburzeń wiązki C. Zaniedbanie emocjonalne korelowało z osobowością z pogranicza oraz histrioniczną [9]. Zarówno współczesne koncepcje psychoanalityczne, jak i poznawcze czy behawioralne zwracają uwagę na zdezorganizowany rodzaj przywiązania (więzi) charakteryzujący dzieciństwo osób z osobowością z pogranicza. Jednak styl przywiązania sam w sobie stanowi odzwierciedlenie interakcji czynników biologicznych i środowiskowych. Nacisk na środowiskowe uwarunkowania w etiologii zaburzenia osobowości z pogranicza kładzie każdy z autorów metody terapii tego zaburzenia, niezależnie od reprezentowanego podejścia psychoterapeutycznego. Young, formułując teorię wczesnych schematów dezadaptacyjnych, odnosi się do traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie, w wyniku których nie są spełnione podstawowe potrzeby, niezbędne dla prawidłowego rozwoju dziecka, Kernberg do „frustracji potrzeb emocjonalnych", Bateman i Fonagy do nieadekwatnego „odzwierciedlania" doświadczenia emocjonalnego, a Linehan podkreśla znaczenie „unieważniającego otoczenia" — postawy rodziców czy opiekunów, która nie pozwala nabyć umiejętności rozwijania regulacji emocji [za: 2, 4]. Wszyscy wymienieni autorzy zgadzają się jednak, że ma to znaczenie jedynie wówczas, gdy dziecko o temperamentalnie biologicznie uwarunkowanej wrażliwości znajdzie się w niesprzyjających warunkach środowiskowych. Tu koło się zamyka.

Orzeczenie

Żadna z badanych okoliczności nie może być uznana za przyczynę wyjaśniającą powstawanie osobowości z pogranicza. W dziedzinie badań nad uwarunkowaniami cech osobowości punkt odniesienia mogą stanowić te z zakresu genetyki zachowania — badania bliźniąt. Wynika z nich, że 50–60% wariancji wyjaśniają czynniki genetyczne, a około 50% — środowiskowe. Błędem byłoby zatem poszukiwanie jednego genu czy jednego czynnika odpowiedzialnego za rozwój osobowości z pogranicza. Model podatność–stres ma zastosowanie również w rozumieniu osobowości z pogranicza. Niekorzystne warunki środowiskowe są stresorami, które mogą prowadzić do rozwoju zaburzenia u osób podatnych na jego rozwinięcie. Biologicznie uwarunkowane cechy osobowości są mediatorami reakcji wrażliwej jednostki na negatywne okoliczności życiowe [4, 11].

Cechy temperamentu o znacznym nasileniu obserwowane u jednostki z osobowością z pogranicza nieuchronnie prowadzą do sprzeczności. Z jednej strony, jest ona impulsywnym, nieustraszonym poszukiwaczem nowości, co przejawia się jako tendencja do podejmowania ryzykownych zachowań, sportów ekstremalnych, niekonwencjonalnych reakcji, z drugiej zaś — jest bardzo wrażliwa na skrzywdzenie emocjonalne, dezaprobatę i — używając terminologii Cloningera — wykazuje dużą wrażliwość na nagrodę: zależy jej na uznaniu i akceptacji ze strony otoczenia [za: 18]. Konflikt jest nieuchronny, gdyż

często ceną za niekonwencjonalność jest brak jednoznacznej aprobaty. Również poznanie partnera życiowego w grupie poszukiwaczy nowości i zwolenników intensywnej stymulacji wiąże się z potencjalną konsekwencją, jaką jest niestabilność relacji. Osoba z zaburzeniem osobowości z pogranicza, poszukując nowości i stymulacji, pragnie jednocześnie stałej, bezwarunkowej akceptacji i miłości. Realizacja obu tych pragnień jest niezwykle trudna.

Dodatkowe cechy biologiczne jeszcze bardziej komplikują funkcjonowanie takiej osoby — łatwe wzbudzanie niezwykle silnych emocji, najczęściej smutku i złości, przy niedostatecznej umiejętności ich regulacji powoduje, że podejmuje takie próby poradzenia sobie z negatywnym stanem emocjonalnym, które zamiast pomagać, szkodzą (alkohol, epizody objadania się czy wreszcie samookaleczenia — nacinanie się, przypalanie). Jak dowiodły wyniki badań eksperymentalnych z użyciem metod neuroobrazowania, aktywność jądra migdałowatego, struktury odpowiedzialnej za stan wzbudzenia wegetatywnego, jest u jednostek z osobowością z pogranicza znacznie większa w reakcji na neutralne bodźce niż u badanych z grupy kontrolnej. W praktyce klinicznej i życiu codziennym przejawia się to często na kłopotami związanymi z nadmiernymi reakcjami emocjonalnymi, zaskakującymi otoczenie.

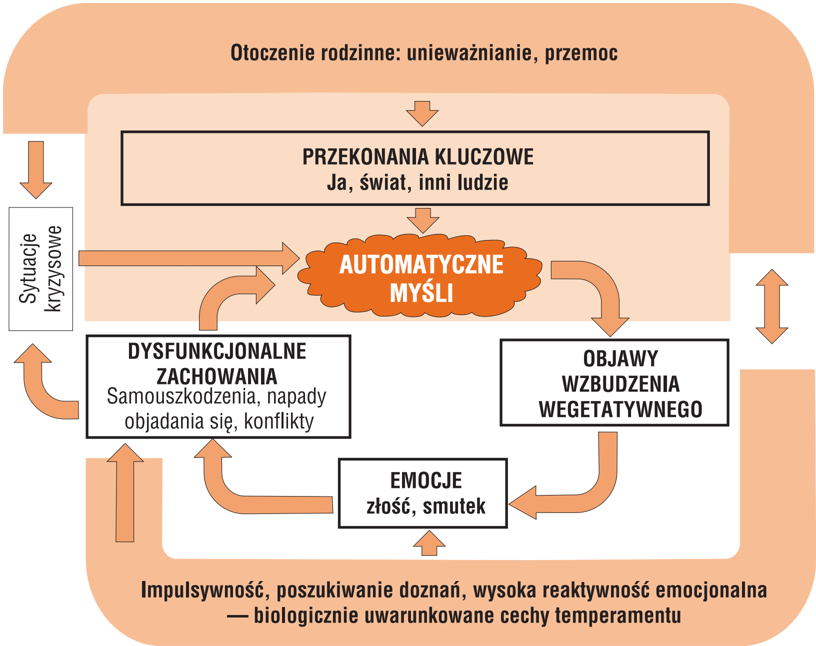
Okazało się także, że osoby z osobowością z pogranicza mają częściej dość wysoki próg bólu, co oznacza, że sygnał bólowy sam w sobie jest zbyt słaby, aby przerwać samookaleczanie. Przy tym sposobie reagowania pragnienie aprobaty i czułości często pozostaje niezaspokojone, ponieważ otoczenie nie jest w stanie tego dokonać. Zdarza się dość często, że dziecko o opisanych cechach biologicznych pojawia się w rodzinie o specyficznych, ale innych cechach temperamentu. Rodzice (oboje lub jedno), nie rozumiejąc złożonej trudności w reagowaniu dziecka, stanowią unieważniające środowisko. Stawiają wysokie wymagania, krytykują, udzielają porad typu „opanuj się", „bądź grzeczna", karząc jednocześnie podwójnie: niezrozumieniem trudności i wycofaniem akceptacji, a czasem bardziej bezpośrednio — stosując kary fizyczne lub przemoc. Najbardziej drastycznym przejawem unieważniającego środowiska jest przemoc fizyczna. Doświadczenia te, nałożone na nieumiejętność przetworzenia negatywnych emocji, są podstawą opisywanej przez Linehan powstrzymywanej żałoby, charakteryzującej osobowość z pogranicza [15]. W mniej drastycznych formach przejawem unieważniającego otoczenia jest niezrozumienie potrzeb i trudności dziecka i brak pomocy w nabyciu umiejętności regulacji emocji. Dla rodziców dziecka o takim trudnym temperamencie nie jest to łatwe. Zadanie to jest tym trudniejsze, im mniej czasu mają oni na cierpliwe pokonywanie trudności wspólnie z dzieckiem.

Unieważniające środowisko stanowi negatywne wzmocnienie dysfunkcjonalnych zachowań osoby, która nie dysponuje zasobami umożliwiającymi jej adekwatną regulację emocji. Zachowania samouszkadzające lub inne formy autodestrukcji (napady objadania się) przynoszące chwilową ulgę, rozładowanie napięcia i odwrócenie uwagi od cierpienia emocjonalnego stanowią dodatkowe wzmocnienie dysfunkcjonalnych reakcji.

Doświadczenie własnego sposobu reagowania i unieważniającego środowiska stanowi podstawę sformułowania przekonań o sobie, świecie i innych osobach: „Jestem zerem", „Nie zasługuję na miłość", „Jeśli ktoś się do mnie zbliży, pozna, jaka/jaki naprawdę jestem, i odrzuci mnie", „Nieprzyjemne emocje będą we mnie narastać i w końcu wymkną się spod kontroli". Ten rodzaj schematów poznawczych, nacechowanych myśleniem dychotomicznym jest uznawany za centralny obszar psychopatologii poznawczej osobowości z pogranicza [12–16]. Model funkcjonowania poznawczego w kontekście uwarunkowań biologicznych i środowiskowych osobowości z pogranicza przedstawiono na rycinie 1.

Przebieg zaburzenia osobowości z pogranicza

Zgodnie z głównym kryterium definiującym zaburzenie osobowości, cechy osobowości z pogranicza mają charakter przewlekły, są „utrwalone" co najmniej od okresu adolescencji, choć uwzględnienie temperamentalnej podatności sprawia, że cechy te często są obserwowane od wczesnego dzieciństwa, mimo braku formalnej diagnozy zaburzenia osobowości. Około 10% osób z tym zaburzeniem osobowości odbiera sobie życie, co sprawia, że jest to jedna z diagnoz obarczonych największym ryzykiem samobójstwa. Ponownie warto zwrócić uwagę na tendencyjność postrzegania problemu przez klinicystów, wynikającą właśnie z osadzenia w praktyce klinicznej. W badaniach podłużnych przeprowadzonych w populacji ogólnej Zanarini i wsp. [za: 2, 17] zaobserwowali, że około 2/3 pacjentów z diagnozą zaburzenia osobowości z pogranicza po 6 latach naturalnego przebiegu nie spełnia kryteriów rozpoznania omawianego zaburzenia. Wyniki innych badań ograniczały formułowanie nadmiernie optymistycznych wniosków — zauważono, że jedynie połowa z kobiet z osobowością z pogranicza jest w stanie funkcjonować w stabil-



Rycina 1. Model funkcjonowania poznawczego w kontekście uwarunkowań biologicznych i środowiskowych osobowości z pogranicza (przedruk z [16] za zgodą Wydawcy)
Figure 1. *Cognitive model of borderline personality disorder*

nych związkach, decyduje się na posiadanie dzieci, a funkcjonowanie osób, które po latach już nie spełniały kryteriów diagnostycznych wymaganych do rozpoznania osobowości z pogranicza, było istotnie gorsze niż osób, u których nigdy nie rozpoznawano zaburzenia osobowości. U osób, u których impulsywność odgrywała znaczącą rolę w obrazie klinicznym, może się to wiązać z zaobserwowanym zmniejszaniem się nasilenia tej cechy osobowości z wiekiem. Wśród czynników wpływających na pomyślny przebieg zaburzenia wskazuje się na: inteligencję, talent, u kobiet — atrakcyjność fizyczną. Natomiast niski status społeczno-ekonomiczny, brak wykształcenia i funkcjonowanie w środowisku narażającym na przemoc były predyktorami gorszego przebiegu [2, 17].

Terapia

Modele rozumienia współwystępowania zaburzeń oraz wiedza na temat etiologii i rozwoju zaburzenia osobowości z pogranicza pomagają w odpowiedzi na ważne pytania kliniczne: co leczyć? czym leczyć? kiedy leczyć?

Co leczyć — narzędzia diagnostyczne

Nie jest dla psychiatry nowością stwierdzenie, że nie ma specyficznych testów, narzędzi, które potwierdziłyby jednoznacznie daną diagnozę. Doskonalenie narzędzi diagnostycznych w psychopatologii to wciąż podążanie za znikającym punktem. W diagnozie zaburzeń osobowości jest to obszar szczególnie skomplikowany, dotyczy ona bowiem:

- utrwalonych wzorców funkcjonowania określanych przez objawy ego-syntoniczne — pacjent nie identyfikuje ich jako przyczyny problemów, nie przeszkadzałyby mu one, gdyby tylko świat zewnętrzny zechciał się dostosować do określanych przez jego sposób myślenia reguł (choć pod tym względem osobowość z pogranicza stanowi wyjątek wśród innych zaburzeń osobowości — jej objawy wiążą się z odczuwanym dyskomfortem i cierpieniem jednostki, są ego-dystoniczne) [18];
- określenia, czy trudność w funkcjonowaniu jest związana z patologią osobowości czy z objawami innego zaburzenia psychicznego (np. kodowanego w DSM-IV-TR na osi I).

Z tego powodu główną rolę w diagnostyce odgrywają strukturalizowane wywiady, pozwalające na systematyczne odniesienie się do każdego z kryteriów diagnostycznych, a także na uszczegółowienie i ocenę kontekstu odpowiedzi. Należy zwrócić uwagę, że poza wymienionymi specyficznymi cechami zaburzonej osobowości, ogólne kryterium rozpoznawania zaburzenia podkreśla, że dysfunkcja pojawiła się wcześnie (w okresie późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości) i dotyczy wielu obszarów funkcjonowania w różnych kontekstach sytuacyjnych.

Diagnoza zaburzenia osobowości wymaga zintegrowania wiedzy klinicysty pochodzącej z różnych źródeł — wywiadu klinicznego, obserwacji, informacji od osób bliskich, od poprzednich terapeutów, wyników badań diagnostycznych (psychologicznych i medycznych). Metodą zwiększającą trafność rozpoznania jest zastosowanie strukturalizowanych wywiadów klinicznych ukierunkowanych na rozpoznawanie zaburzeń osobowości w ogóle (w tym zaburzenia osobowości z pogranicza) lub narzędzi do oceny intensywności objawów wybranego zaburzenia osobowości.

Najpopularniejszy w pierwszej wymienionej grupie jest Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Zaburzeń z Osi II według DSM-IV-TR (SCID-II, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*) [19]. Wywiad ten składa się z trzech części: kwestionariusza wypełnianego przez pacjenta, wywiadu dotyczącego ogólnego funkcjonowania, w tym w relacjach z innymi, oraz strukturalizowanej weryfikacji, w formie wywiadu, każdej z pozycji kwestionariusza, która w opinii pacjenta wskazywała na obecność w ciągu co najmniej 2 lat danej cechy/objawu/zachowania charakteryzującego zaburzenie osobowości, niezależnie od ewentualnie występującego zaburzenia z osi I. Narzędzie to, wykazujące w wersji oryginalnej zadowalającą rzetelność, zostało ostatnio opublikowane w języku polskim. Zastosowanie SCID-II pozwala na diagnozę 10 klasyfikowanych na osi II DSM-IV-TR zaburzeń osobowości oraz dodatkowo 2 zaburzeń występujących w „dodatku do DSM-IV-TR" — osobowości negatywistycznej i depresyjnej. Jest również najczęściej stosowanym w badaniach naukowych narzędziem diagnostycznym.

Analogicznie do DSM, stworzono wywiad oddający kryteria ICD — jego zastosowanie przebiega podobnie jak SCID; do chwili obecnej nie opublikowano polskiej wersji [20].

Specyficzne dla zaburzenia osobowości z pogranicza są wywiady autorstwa Gundersona i wsp., a także Arntza i Giesen-Bloo [21, 22]. *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI) służy do oceny częstości i nasilenia każdego z objawów zaburzenia osobowości z pogranicza w okresie 3 miesięcy. Przykład jednej z 9 pozycji wywiadu znajduje się w tabeli 2.

Niespecyficzne dla zaburzeń osobowości kwestionariusze osobowości mogą stanowić dodatkową wskazówkę kliniczną. W badaniu inwentarzem osobowości *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI), odnoszącym się do koncepcji zwanej „wielka piatką", profil cech, takich jak otwartość, sumienność, ekstrawersja, ugodowość, neurotyczność, stanowi w języku angielskim akronim OCEAN. Dla zaburzeń osobowości ze skupienia B (*cluster B*) układa się on w charakterystyczną literę „W" — OcEaN: nasilone cechy otwartości, ekstrawersji i neurotyczności przy niewielkiej sumienności i ugodowości, a zaburzenie osobowości z pogranicza charakteryzuje szczególnie wysoka neurotyczność przy umiarkowanej otwartości i ekstrawersji, a niewielkiej sumienności i ugodowości [23]. Podobnie badanie cech temperamentu kwestionariuszem Formalna Charakterystyka Zachowania — Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT) wskazuje na biologicznie uwarunkowaną nadwrażliwość emocjonalną (wysoką reaktywność emocjonalną, leżącą u podłoża trudności w regulacji negatywnych stanów emocjonalnych), potwierdzoną także w badaniach polskich [11, 12, 15]. Osoby o wysokiej reaktywności, biologicznie wyposażone w wewnętrzny „wzmacniacz bodźców emocjonalnych", dobrze funkcjonują w sytuacjach, gdy otoczenie dostarcza tych bodźców stosunkowo niewiele. Osoby te często łatwiej się również wyczerpują, co może dodatkowo określać obszary funkcjonowania, w których czują się dobrze i osiągają optymalny dla siebie poziom pobudzenia. Wydaje się, że osobowość z pogranicza znalazła się w pułapce biologicznej, związanej z brakiem zharmonizowania cech temperamentu.

Istnieją również narzędzia związane z konkretnymi aspektami funkcjonowania osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, na przykład Kwestionariusz Przekonań Osobowości Becka (*Personality Beliefs Questionnaire*) czy Kwestionariusz Schematów Younga (*Young Schema Questionnaire*) [13, 24]. Narzędzia te mają jednak większe zastosowanie w psychoterapii niż diagnostyce nozologicznej.

Czym leczyć — metody terapii oparte na danych empirycznych

Obraz kliniczny i przebieg zaburzenia osobowości z pogranicza sprawiają, że zaburzenie to uważa się za jedno z najtrudniej poddających się leczeniu.

Stanowi o tym zwłaszcza ryzyko podejmowania prób samobójczych, które nie jest u osób z osobowością z pogranicza ograniczone do epizodów depresji, jak w zaburzeniach afektywnych, ale stanowi niemal „cechę", a nie „stan". Odzwierciedleniem trudności wynikających z psychopatologii zaburzenia jest niewielka liczba badań klinicznych spełniających warunki uznania danej metody za „opartą na danych empirycznych". Mankamentem większości badań, zarówno farmakologicznych, jak i dotyczących psychoterapii, są ograniczenia metodologiczne — niewielka

Tabela 2. Fragment ustrukturalizowanego wywiadu dotyczącego oceny nasilenia objawów zaburzenia osobowości z pogranicza — *Borderline Personality Disorder Severity Index 4th Version* (Arntz, Giesen-Bloo 1999; za zgodą Autorów, tłumaczenie: A. Popiel)

Table 2. *Sample questions from structured clinical interview for BPD — Borderline Personality Disorder Severity Index 4th version (Arntz, Giesen-Bloo 1999 translated with permission: A. Popiel)*

Zachowania parasamobójcze

Następne pytania dotyczą tego, czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zadawał/a Pan/i sobie ból fizyczny lub próbował/a się zranić

0. nigdy
1. raz w ciągu 3 miesięcy
2. 2 razy w ciągu 3 miesięcy
3. 3 razy w ciągu 3 miesięcy
4. 4–5 razy w ciągu 3 miesięcy/raz na 3 tygodnie
5. 6–7 razy w ciągu 3 miesięcy/raz na 2 tygodnie
6. 8–10 razy w ciągu 3 miesięcy/2 razy w ciągu 3 tygodni
7. raz na tydzień/11–15 razy w ciągu 3 miesięcy
8. kilka razy w tygodniu, ale mniej niż w połowie dni tygodnia
9. przez połowę dni w tygodniu/prawie codziennie
10. codziennie

Zachowania samouszkadzające, których natychmiastową konsekwencją jest zranienie lub ból, np. uszkodzenie tkanki albo ból fizyczny, *których celem nie jest odebranie sobie życia*

5.1. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy celowo uderzał/a się Pan/i albo uderzał/a Pan/i w coś głową, pięściami lub innymi częściami ciała? Albo uderzył/a w szybę pięścią lub inną częścią ciała?
5.2. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy celowo drapał/a się Pan/i albo szczypał/a?
5.3. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy gryzł/a się Pan/i? (*chodzi o gryzienie, które sprawia ból, czyli nie np. obgryzanie paznokci*)
5.4. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy wyrywał/a Pan/i sobie włosy? (*może także dotyczyć rzęs lub brwi*)
5.5. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy nacinał/a się Pan/i? (*także jeśli nacięcia były płytkie — niezależnie od pozostawionych blizn*)
5.6. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy przypalał/a się Pan/i? (*papieros, żelazko*)
5.7. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy nakłuwał/a się Pan/i igłami lub innymi ostrymi przedmiotami?
5.8. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy celowo zadawał/a Pan/i sobie ból w inny sposób? (*np. połykał/a ostre przedmioty, niebezpieczne substancje, wprowadzał/a ostre/niebezpieczne przedmioty do naturalnych otworów w ciele — pochwy, penisa, uszu itp.; należy dokładnie odnotować odpowiedź na formularzu podsumowującym wywiad*)

Samobójstwo (plany/próby)

Następne pytania dotyczą planów/prób odebrania sobie życia

5.9. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy chciał/a Pan/i odebrać sobie życie?
5.10. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy mówił/a Pan/i innym osobom, że chciał/a odebrać sobie życie? (*ta pozycja nie jest oceniana, jeśli wymieniono jedynie wypowiedzi dotyczące „pasywnych" zamiarów, np. „chciałbym nie żyć"*)
5.11. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy planował/a Pan/i odebranie sobie życia? (*jeśli te plany owocowały działaniami, zalicza się je do pozycji 5.12*)
5.12. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy podjął/ęła Pan/i jakieś kroki, aby zrealizować plan odebrania sobie życia? (*jeśli te działania owocowały próbami samobójczymi, zalicza się je do pozycji 5.13*)
5.13. Jak często w ciągu ostatnich 3 miesięcy podjął/ęła Pan/i próbę odebrania sobie życia?

liczebność badanych grup, brak warunków kontrolnych, brak replikacji badań w warunkach innego ośrodka, brak porównywalnych miar skuteczności leczenia. Niemniej jednak badania przeprowadzone w ostatnich latach dostarczyły wniosków, które rzucają nowe światło na możliwości i skuteczność leczenia tego zaburzenia osobowości.

Za punkty odniesienia można uznać rekomendacje *American Psychiatric Association* (APA) oraz *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE) w Wielkiej Brytanii [17, 25]. Algorytmy APA z 2001 roku po 9 latach uległy dezaktualizacji, a opublikowany w 2005 roku komentarz (*Guideline Watch*) stanowi uzupełnienie informacji z 2001 roku, nie jest jednak oficjalnym uaktualnieniem rekomendacji [25, 26]. Zalecenia NICE zostały opublikowane w 2009 roku. Zarówno eksperci APA, jak i NICE podkreślają pierwszoplanową rolę leczenia metodami psychoterapii, pozostawiając leczenie farmakologiczne jako jedną z możliwości, ale najlepiej jako metodę wspierającą psychoterapię.

Farmakoterapia

Badaniom poddano substancje należące do niemal wszystkich grup leków psychotropowych — leków przeciwdepresyjnych (fluwoksamina, amitryptylina, fenelezyna, fluoksetyna), przeciwpsychotycznych (olanzapina, haloperidol, aripiprazol, ziprasidon, risperidon, chloropromazyna), stabilizatorów nastroju (karbamazepina, walproiniany, lamotrygina, topiramat), benzodiazepin [27, 28]. Badano nawet suplementy diety, takie jak kwasy omega-3. Warto wspomnieć, że właśnie badania nad skutecznością leczenia farmakologicznego dostarczyły argumentów za odmiennością osobowości z pogranicza od na przykład zaburzeń nastroju (brak wpływu soli litu na wahania nastroju w osobowości z pogranicza, wpływ selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny [SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitors*] na impulsywność, ale nie na nastrój). W badaniach dotyczących pragmatyki leczenia farmakologicznego osobowości z pogranicza okazało się, że często stosowana jest polipragmazja, nieznajdująca uzasadnienia empirycznego (wyniki jednego z badań, w którym obserwacji poddano 6-letni okres leczenia wykazały, że 50% pacjentów było leczonych farmakologicznie jednocześnie 2 lekami, a w czasie obserwacji u 36% stosowano leczenie 3 lekami, u 19% 4 lekami, a u 11% — 5 i więcej substancjami) [17].

Według zaleceń APA z 2001 roku wybór leku zależy od współwystępowania zaburzenia z osi I oraz od dominującej w obrazie klinicznym konfiguracji objawów zaburzenia osobowości. Tak więc jeśli dominują objawy ze sfery regulacji emocji, metodą z wyboru byłoby stosowanie leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI, jeśli przeważają zaburzenia poznawcze — warto rozważyć zastosowanie neuroleptyku. Późniejsze o 9 lat zalecenia NICE dotyczące farmakoterapii wskazują na „słabą" wartość dowodową danych dotyczących leczenia farmakologicznego osobowości z pogranicza. Autorzy rekomendacji NICE sugerują stosowanie farmakoterapii wyłącznie jako metody uzupełniającej psychoterapię [17, 27, 28].

Psychoterapia

Najlepiej opracowane pod względem możliwości poddania weryfikacji empirycznej (czyli dysponujące podręcznikami — protokołami terapii) są rodzaje terapii reprezentujące 2 główne nurty psychoterapii: poznawczo-behawioralne oraz wywodzące się z szeroko pojętego podejścia psychodynamicznego. Mimo różnic w założeniach teoretycznych ich wspólnymi cechami są: nacisk na ukształtowanie bezpiecznej, trwałej relacji terapeutycznej, skupienie na teraźniejszości (mimo odwołań do przeszłości, nawet w wywodzącej się z psychoanalizy terapii TFP [*transference-focused psychotherapy*]), hierarchia celów — najpierw zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i ustanowienie relacji umożliwiającej pracę nad dalszymi problemami. Różne są natomiast techniki terapeutyczne ukierunkowane na ważne z punktu widzenia założeń teoretycznych aspekty terapii.

W obrębie terapii poznawczo-behawioralnej najwięcej badań dotyczyło dialektycznej terapii behawioralnej Linehan [15], terapii zorientowanej na schematy poznawcze Younga [13, 29, 30] oraz klasycznej terapii poznawczej [31, 32]. W obrębie terapii psychodynamicznej badano dotychczas: terapię zorientowaną na przeniesienie Kernberga [14, 28], terapię opartą na mentalizacji Batemana i Fonagy'ego [33]. Warunki kontrolne wobec wyżej wymienionych form terapii stanowiły: „standardowe stosowane w danych warunkach leczenie" (w badaniach nad terapią poznawczo-behawioralną) albo na przykład terapia podtrzymująca lub „niestrukturalizowana terapia psychodynamiczna".

Terapia poznawcza — klasyczna wersja Becka. Przeprowadzono jedno badanie „otwarte" bez grupy kontrolnej, w którym terapia trwała rok, a po 18 miesiącach od pierwszej oceny u 55% pacjentów osiągnięto remisję — występujące u nich objawy nie spełniały kryteriów rozpoznania osobowości z pogranicza [31]. Dialektyczna terapia behawioralna

(DBT, *dialectical-behaviour therapy*) została szczegółowo opisana w wydanym również w języku polskim podręczniku autorstwa Linehan [15]. W opublikowanych dotychczas badaniach osiągnięto redukcję zachowań samobójczych i samouszkodzeń u pacjentek z najbardziej przewlekłym zaburzeniem i myślami samobójczymi, zmniejszenie spożycia alkoholu u osób z towarzyszącym nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Należy do metod leczenia o największym zapleczu empirycznym dotyczącym skuteczności. Ważnym ograniczeniem dla szerokiego stosowania tej metody jest stopień komplikacji samej terapii. Na DBT składają się: terapia indywidualna, grupowa, zarządzanie przypadkiem — tworzące spójny system oddziaływań wobec pacjenta. Nie prowadzono badań nad skutecznością poszczególnych składowych terapii wyodrębnionych z systemu DBT. Leczenie trwa co najmniej rok.

Terapia zorientowana na schematy poznawcze (SFT, *schema-focused therapy*), opracowana teoretycznie przez Younga, została zweryfikowana empirycznie przez zespół holenderskich badaczy. Największe badanie obejmowało 88 pacjentów, których terapię porównywano ze zorientowaną na przeniesienie (TFT, *transference-focused therapy*) Kernberga [30]. Obie formy przyniosły poprawę w zakresie: nasilenia objawów zaburzenia osobowości z pogranicza, ogólnych objawów psychopatologicznych, jakości życia. Terapia zorientowana na schematy poznawcze działała lepiej niż TFT w zakresie objawów zaburzenia osobowości z pogranicza, w tym samouszkodzeń, innych objawów psychopatologicznych. Zaobserwowano także istotnie mniej rezygnacji z terapii i przewagę SFT nad TFT pod względem kosztów.

Z kolei terapia oparta na mentalizacji Batemana i Fonagy'ego — ustrukturalizowana forma terapii psychoanalitycznej, obejmująca terapię grupową w połączeniu z indywidualną w warunkach częściowej hospitalizacji — okazała się bardziej skuteczna niż „leczenie standardowe".

Inne, wstępnie badane obecnie formy terapii zaburzenia osobowości z pogranicza to: terapia interpersonalna (*interpersonal therapy*), terapia poznawczo-analityczna (CAT, *cognitive analytic therapy*) oraz systematyczne grupowe szkolenie przewidywalności emocji i rozwiązywania problemów (STEPPS, *systems training for emotional predictability and problem solving*).

Autorzy opracowania wskazań klinicznych NICE z 2009 roku podkreślają, że wnioski, które sformułowali, powstały na podstawie wyników metaanaliz, nie mogły uwzględniać wielu z przeprowadzonych dotychczas wartościowych badań ze względu na różnice w zmiennych stanowiących miary poprawy stanu psychicznego. Nie prowadzono także badań składowych terapii, co uniemożliwia na przykład odpowiedź na pytanie, czy w zaobserwowanej poprawie pacjentów leczonych zarówno DBT, jak i terapią opartą na mentalizacji istotnym czynnikiem leczącym są techniki charakterystyczne dla danego podejścia, czy też czynnik tak niespecyficzny jak sam fakt strukturyzacji terapii.

Uwzględniając te liczne ograniczenia dotychczasowych badań, eksperci NICE sformułowali dość ogólne wnioski:

1. Interwencje psychologiczne w leczeniu **zaburzenia osobowości z pogranicza** (…) powinny charakteryzować się spójną koncepcją teoretyczną podzielaną przez członków zespołu, czasem trwania terapii dłuższym niż 3 miesiące. U kobiet z osobowością z pogranicza, częstymi samouszkodzeniami należy rozważyć dialektyczną terapię behawioralną.
2. Leczenie farmakologiczne nie powinno być stosowane wobec objawów charakteryzujących zaburzenie osobowości z pogranicza, opisywanych w kryteriach rozpoznawania (samouszkodzenia, znaczna niestabilność emocjonalna, zachowania ryzykowne, przejściowe objawy psychotyczne).
3. Leki przeciwpsychotyczne nie powinny być stosowane długoterminowo w zaburzeniu osobowości z pogranicza.
4. Leczenie farmakologiczne może być rozważane wobec objawów zaburzeń współwystępujących.
5. Krótkoterminowe leczenie farmakologiczne może być rozważane podczas kryzysu — w najmniejszej możliwej dawce, krótko, z uwzględnieniem psychologicznego znaczenia interwencji farmakologicznej.
6. Wybór postępowania w przypadku **prób samobójczych i samouszkodzeń** zależy od dominującego problemu, w przebiegu którego miała miejsce próba samobójcza. U kobiet z osobowością z pogranicza należy rozważyć zastosowanie dialektycznej terapii behawioralnej [17].

Podsumowanie

Rozwój badań w ciągu ostatnich lat pozwala na sformułowanie nieco bardziej optymistycznych niż kilka lat temu wniosków dotyczących rokowania w leczeniu zaburzenia osobowości z pogranicza. Niejednoznaczne wyniki tych badań wskazują jednak na konieczność realistycznego spojrzenia na możliwości leczenia zaburzenia osobowości z pogranicza w tych

warunkach, w których leczenie tego zaburzenia osobowości jest konieczne.

Zważywszy na rozpowszechnienie osobowości z pogranicza, niemal wszyscy praktykujący psychiatrzy i psychoterapeuci zetkną się z koniecznością podjęcia leczenia tego zaburzenia. Większość ma również świadomość, że w przeciwieństwie do szerszej dostępności metod opartych na danych empirycznych w leczeniu zaburzeń z osi I, programy testowane w badaniach klinicznych stanowiących podstawę dla mataanaliz przeprowadzonych na przykład przez autorów NICE nie są osiągalne dla większości pacjentów i terapeutów. Co zatem wynika z badań i co mogłoby znaleźć zastosowanie w praktyce?

Istnieją formy psychoterapii, które mogą być zalecane w leczeniu osobowości z pogranicza, jeżeli tylko są dostępne. Ich ograniczeniem jest długoterminowość i trudna do replikacji wieloelementowość systemu terapii. W codziennej praktyce terapeutycznej warto zwrócić uwagę na wyodrębnienie wspólnych cech terapii, które okazały się skuteczne:

— znaczenie relacji terapeutycznej. Czas poświęcony rozwinięciu relacji terapeutycznej (pozytywnej, bezpiecznej, opartej na współpracy, z jasnymi regułami i oczekiwaniami ze strony terapeuty i pacjenta) jest z założenia dłuższy niż w terapii zaburzeń osi I;
— spójność teoretyczna dotycząca etiologii i mechanizmów zmiany w zaburzeniu osobowości z pogranicza — wyjaśniona pacjentowi, wytyczająca przebieg terapii, podzielana przez członków zespołu terapeutycznego (wspólne stanowisko psychiatry prowadzącego leczenie farmakologiczne i psychoterapeuty);
— jasna hierarchia celów: najpierw bezpieczeństwo pacjenta, relacja terapeutyczna, pozostałe cele są realizowane później;
— aspekty proceduralne skutecznych terapii: czas trwania 1–2 lata, strukturalizacja terapii, częste korzystanie z dodatkowych form, jak terapia grupowa, kontakty telefoniczne, dołączenie farmakoterapii, okresowe hospitalizacje;
— postawa terapeuty: aktywna z naciskiem na uprawomocnianie emocji pacjenta i wspieranie go. (Uwaga: sam terapeuta wymaga wsparcia i superwizji!).

Skupienie na dostarczeniu pacjentowi umiejętności regulacji emocji i radzenia sobie z impulsywnością jest więc zapewne bardziej wskazane niż analiza doświadczeń z przeszłości. Dyrektywność i aktywność terapeuty, jego autentyczność i zaangażowanie (nie wyłączając poczucia humoru) pozwolą natomiast na zbudowanie ważnej dla dalszej terapii relacji terapeutycznej. Skupienie na kluczowych problemach osobowości z pogranicza — dysregulacji emocjonalnej, impulsywności, zaburzeniach poznawczych i problemach w relacjach — będzie stanowić zarys celów terapii i punkt odniesienia w ocenie jej skuteczności.

Zważywszy na zwiększającą się liczbę badań i publikacji dotyczących zaburzenia osobowości z pogranicza, najbliższe lata powinny przynieść dalszy rozwój wiedzy na temat skutecznych terapii i niezbędnych dla zapewnienia skuteczności elementów każdej ze stosowanych metod leczenia.

Streszczenie

Zaburzenie osobowości z pogranicza należy do tych zaburzeń, które często wywołują przykre dla klinicysty uczucie bezradności i braku nadziei wobec skuteczności podejmowanych interwencji. Pacjenci z osobowością z pogranicza są często hospitalizowani z powodu impulsywności i zachowań wskazujących na możliwość popełnienia samobójstwa (ryzyko sięga w tej grupie 10%), lecz częste kontakty ze służbą zdrowia nie przynoszą oczekiwanego długofalowego rezultatu. Badania nad skutecznością terapii farmakologicznej i psychoterapii nie przyniosły wyników, które umożliwiłyby opracowanie jednoznacznych algorytmów leczenia. Wyniki współczesnych badań pozwalają sądzić, że istnieją skuteczne metody terapii, które zyskają z czasem większe wsparcie empiryczne i zostaną upowszechnione w leczeniu zaburzenia osobowości z pogranicza.

W pracy zaprezentowano przydatny w praktyce stan wiedzy dotyczący diagnozy, etiologii i leczenia zaburzenia osobowości z pogranicza.

Psychiatria 2011; 8, 2: 64–78

***słowa kluczowe:** zaburzenie osobowości z pogranicza, diagnoza, leczenie, terapia poznawczo-behawioralna, terapia psychodynamiczna, skuteczność, algorytmy*

Pytania

1. Które ze stwierdzeń jest prawdziwe w odniesieniu do osobowości z pogranicza:
   A. metodą psychoterapii o udowodnionej skuteczności jest terapia integracyjna
   B. objawy zaburzenia osobowości nasilają się z wiekiem
   C. według badań amerykańskich częściej występuje u kobiet w trakcie menopauzy
   D. typowym rodzajem środowiska rodzinnego jest „unieważniające" otoczenie

2. Osobowość z pogranicza charakteryzują:
   A. podwyższone wyniki w skali perseweratywności (wg Strelaua) i wytrwałości (wg Cloningera)
   B. obniżony próg wrażliwości na bodźce bólowe
   C. nadwrażliwość na opuszczenie przez bliską osobę
   D. „pozorna kompetencja" i trwale zawyżona samoocena

3. Krótkotrwałe doznania przypominające urojenia paranoidalne lub nasilone objawy dysocjacyjne powstałe pod wpływem silnego stresora stanowią jeden z objawów zaburzenia osobowości:
   A. histrionicznej
   B. paranoicznej
   C. z pogranicza
   D. żadnego, ponieważ pojawienie się takich objawów wykracza poza rozpoznanie zaburzenia osobowości i zawsze wymaga postawienia rozpoznania zaburzenia urojeniowego lub dysocjacyjnego

4. Według zaleceń NICE z 2009 roku leczenie farmakologiczne osobowości z pogranicza powinno być stosowane:
   A. krótkoterminowo, podczas kryzysu, w najmniejszej możliwej dawce, z uwzględnieniem psychologicznego znaczenia interwencji farmakologicznej.
   B. długoterminowo, co najmniej przez cały czas leczenia psychoterapią
   C. długotrwale, lekami przeciwpsychotycznymi nowej generacji
   D. wyłącznie, gdy jednym z objawów są samouszkodzenia lub niestabilność emocjonalna

5. Wyłącznie metody psychoterapii, których skuteczność w leczeniu osobowości z pogranicza potwierdzono w badaniach empirycznych, zawiera:
   A. psychoterapia integracyjna, psychoanaliza grupowa, terapia poznawcza oparta na uważności
   B. dialektyczna terapia behawioralna, terapia zorientowana na schematy poznawcze, terapia zorientowana na przeniesienie
   C. trening relaksacji, psychodynamiczna terapia grupowa, terapia *gestalt*
   D. systemowa terapia rodzin, terapia wspierająca, neopsychoanaliza

Poprawne odpowiedzi do numeru 1 na 2011

Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach nieletnich — diagnoza interdyscyplinarna

Izabela Łucka, Jolanta Stępnicka

1. C, 2. A, 3. B, 4. D, 5. A

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington 2000; 706–710.
2. Paris J. Treatment of borderline personality disorder. A guide to evidence-based practice. The Guilford Press, New York 2008.
3. Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania. ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.
4. Emmelkamp P.M.G., Kamphuis J.H. Personality disorders. Psychology Press/Taylor & Francis, Hove/New York 2007.
5. American Psychiatric Association. Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria [internet] 2010. Uzyskano z: http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages; 1.09.2010.
6. Zawadzki B., Kaczmarek M., Strelau J. Reaktywność emocjonalna a nasilenie objawów zaburzenia stresowego pourazowego: efekt patoplastyczności, spektrum, podatności czy komplikacji? W: Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (red.). Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia. Scholar, Warszawa 2009; 77–108.
7. Popiel A., Pragłowska E. Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (red.). Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia. Scholar, Warszawa 2009; 31–36.
8. Mauchnik J., Schmahl C. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. Curr. Psych. Rep. 2010; 12 (1): 46–55.
9. Lobbestael J., Arntz A., Bernstein D. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. Journal of Personality Disorders 2010; 24 (3): 285–295.
10. Popiel A., Pragłowska E. Terapia poznawczo-behawioralna schizofrenii. W: Meder J. (red.). Oddziaływania psychologiczne w schizofrenii. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Warszawa 2006; 31–43.
11. Zawadzki B. Temperament — geny i środowisko. Porównania wewnątrz- i międzypopulacyjne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
12. Zakrzewska I. Temperament i relacje w rodzinie u osób z zaburzeniem osobowości unikającym i z pogranicza. [Niepublikowana praca magisterska]. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2006.
13. Young J., Behary W.T. Schema-focused therapy for personality disorders. W: Tarrier N., Wells A., Haddock G. (red.). Treating complex cases: The cognitive therapy approach. Wiley, Chichester, UK, 1998; 340–368.

14. Kernberg O.F., Selzer M.A., Koernigsberg H.W., Carr A., Appelbaum A.H. Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
15. Linehan M. Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
16. Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna — teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008.
17. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Borderline Personality Disorder — Treatment and Management. Gaskell and the British Psychological Society, London, 2009. (http://www.nice.org.uk); 1.09.2010.
18. Popiel A. Pragłowska E. Optymalizacja — między stylem a zaburzeniem osobowości. W: Fajkowska M., Marszał-Wiśniewska M., Sędek G. (red.). Podpatrywanie myśli i uczuć. Zaburzenia i optymalizacja procesów emocjonalnych i poznawczych. Nowe kierunki badań. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006; 258–279.
19. First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B, Benjamin L.S. Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM IV (SCID-II). Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2010.
20. Loranger A.W., Janca A., Sartorius N. Assessment and Diagnosis of Personality Disorders The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE). Cambridge University Press 2007 (1997).
21. Gunderson J.G., Kolb J.E., Austin V. The Diagnostic Interview for Borderline Patients. Am. J. Psychiatry 1981; 138: 896–903.
22. Arntz A., Giesen-Bloo J. Borderline Personality Disorder Severity Index — 4th version. University of Maastricht, Department of Medical Clinical and Experimental Psychology, Maastricht 2003.
23. Zawadzki B. Pięcioczynnikowa Teoria Osobowości a zaburzenia psychiczne. W: Siuta J. (red.). Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2009; 220–237.
24. Beck A.T., Butler A.C., Brown G.K., Dahlsgaard K.K., Newman C.F., Beck J.S. Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. Behav. Res. Ther. 2001; 39 (10): 1213–1225.
25. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1–52.
26. Oldham J.M. Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Focus 2005; 3: 396–400.
27. Koenigsberg H., Woo-Ming A.M., Siever L.J. Psychopharmacological treatment of personality disorders. W: Nathan P.E., Gorman J.M. (red.). A guide to treatments that work (wyd. 3). Oxford University Press, New York 2007; 659–680.
28. Feurino L. 3rd, Silk K.R. State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. Curr. Psychiatry Rep. 2011; 13 (1): 69–75.
29. Arntz A., Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorders. Wiley Blackwell, Chichester 2009.
30. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P. i wsp. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch. Gen. Psychiatry 2006; 63 (6): 649–658.
31. Brown G.K., Newman C.F., Charlesworth S.E., Crits-Christoph P., Beck A.T. An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders 2004; 18 (3): 257–271.
32. Davidson K.M., Tyrer P., Norrie J., Palmer S.J., Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. Br. J. Psychiatry 2010; 197: 456–462.
33. Bateman A., Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for Borderline Personality Disorder. Am. J. Psychiatry 2009; 166: 1355–1364.